

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, recidive herniaoperatie (discectomie), stand
van de wetenschap en praktijk, telefonische toezegging
Zaaknummer : 2010.02111
Zittingsdatum : 22 juni 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, art. 10 en 11, Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010, art. 3:35 BW)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid en Tandengaat 500 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Tandengaat 500 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een discectomie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 juli 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 29 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 8 maart 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 mei 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 mei 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 mei 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 juni 2011 telefonisch medegedeeld mondeling te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 6 mei 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 mei 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011049299) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster sprake is van een recidief hernia en zij hierdoor niet tot de categorie patiënten behoort waarvoor endoscopische discectomie een aanspraak kan zijn. Mocht in het geval van verzoekster sprake zijn van percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED), dan is er onafhankelijk van de klinische situatie geen aanspraak aangezien deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 1 juni 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 juni 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 24 juni 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 30 juni 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend orthomaneel arts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "*L4 radiculair syndroom rechts op basis van laterale protrusie*" en heeft verzocht om de volgende behandeling: "*discotomie*". De behandelend neurochirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "*recidief H.N.P. op niveau L4-L5 rechts*". Hij heeft verzocht om de volgende behandeling: "*microchirurgische endoscopische discectomie*".

- 4.2. Verzoekster stelt dat een recidive herniaoperatie noodzakelijk is. In januari 2009 is zij geopereerd aan een dubbele hernia. Een fysiotherapeutische oefening in het kader van de revalidatie is niet goed gegaan, waardoor verzoekster wederom last heeft van problemen in haar rug, en dientengevolge veel pijn ervaart. De behandelende artsen hebben een recidive herniaoperatie geadviseerd. Door deze operatie zal haar situatie sterk verbeteren, en zal zij dagelijks aanzienlijk minder pijn ondervinden.
- 4.3. Verzoekster heeft tijdens een telefonisch contact met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar in het kader van de aanvraag voor de herniaoperatie, toegelicht om welke operatie het gaat en de bijbehorende DBC doorgegeven. Daarop vertelde de medewerker haar dat de ziektekostenverzekeraar een overeenkomst heeft met het betreffende ziekenhuis; dat de behandeling aldaar kan worden uitgevoerd; dat hiervoor geen machtiging aangevraagd hoeft te worden en dat het verzekerde zorg betreft. Verzoekster leidde hieruit af dat de gevraagde behandeling volledig vergoed zou worden. De ziektekostenverzekeraar is gebonden aan de telefonische toezegging.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij twee jaar geleden een herniaoperatie heeft ondergaan, en deze kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar betaald. Vervolgens is zij verkeerd behandeld door de fysiotherapeut, waardoor een tweede ingreep noodzakelijk is. Verzoekster heeft hierop contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Er werd diverse malen om codes gevraagd en uiteindelijk heeft zij de DBC code doorgegeven. Hierdoor wist de ziektekostenverzekeraar om welke operatie het ging. De medewerker met wie zij sprak begreep de situatie en gaf toestemming voor de operatie. Verzoekster heeft om een schriftelijke bevestiging gevraagd, maar dat was volgens de medewerker niet nodig, aangezien de kosten vergoed zouden worden. Echter, er volgden drie afwijzingen van de ziektekostenverzekeraar. Voorts stelt verzoekster dat de herniaoperatie nog niet is uitgevoerd. Zij ervaart pijn in haar benen en dit zal door de operatie verdwijnen. Verzoekster gebruikt nu morfine. Met haar kapsalon gaat het slecht. Zij werkt nog maar een kwart van de tijd, waardoor zij ook inkomensschade lijdt. Voorts stelt verzoekster dat de consequenties van de situatie ingrijpend zijn. Haar leven bestaat enkel uit werken en plat liggen en zij is nog geen vijftig jaar. Tot slot stelt verzoekster dat de operatie minder kost dan de zorgkosten die zij jaarlijks heeft. Bovendien staan drie neurologen achter de herniaoperatie.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een microchirurgische endoscopische dissectomie voor vergoeding in aanmerking komt, indien voldoende is bewezen dat de behandeling op de lange termijn goed en veilig is. De stand van de wetenschap en de praktijk bepaalt wat als verzekerde prestatie aangemerkt kan worden. Aangezien niet is aangetoond dat de behandeling bij recidief hernia is aan te merken als gebruikelijke zorg, en het dus geen algemeen geaccepteerde behandeling betreft, komen de kosten van de onderhavige herniaoperatie niet voor vergoeding in aanmerking.

- 5.2. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat een telefonische toezegging alleen dan bindend is, indien deze schriftelijk is bevestigd. Slechts in strikte uitzonderingssituaties is hij gehouden een onterecht gedane toezegging te honoreren. Hiervan is sprake wanneer vaststaat dat een ongeclausuleerde en ondubbelzinnige toezegging is gedaan, die gerechtvaardigde en gedragbepalende verwachtingen heeft gewekt. In het geval van verzoekster is hiervan geen sprake, aangezien zij tijdig en schriftelijk is geïnformeerd dat de herniaoperatie niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het gaat om de vraag of sprake is van verzekerde zorg, en dat is de onderhavige behandeling niet. Er zijn geen aanwijzingen dat toestemming is gegeven voor een hernieuwde herniaoperatie. Het doorgeven van een DBC code zegt niet alles. Bij een heroperatie is de prognose slecht. Bij het telefoongesprek tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoekster zijn de nuances niet ter sprake gekomen. Kennelijk is alleen afgekaart dat geen aparte aanvraag hoefde te worden gedaan. De ziektekostenverzekeraar stelt dat uit nadien ontvangen informatie bleek dat het ging om een heroperatie op dezelfde plek. Dit is geen gebruikelijke zorg en de kosten zijn niet gedekt. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat het gaat om de beoordeling uit medisch-wetenschappelijke hoek, zoals ook door het CVZ wordt gesteld. Volgende de medische wetenschap zal de hernieuwde herniaoperatie verzoekster niet helpen. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat geen ruimte is voor coulance. Verzoekster is niet onjuist geïnformeerd. Was dat wel het geval geweest, dan zou de ontstane schade vergoed worden.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 tot en met 42 van de zorgverzekering. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt artikel 20 als volgt:

“20. Medisch-specialistische zorg

(...)

20.1. Ziekenhuisopname

20.1.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvies), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

(...)

20.1.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch-specialisten plegen te bieden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

(...) Voor andere medisch-specialistische zorg zijn zorgadvies en akkoordverklaring niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch-specialist, jeugdarts of bedrijfsarts. (...)

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg), een medisch-specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg).

20.1.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.”

8.3. Artikel 2.5 van de zorgverzekering luidt:

“2.5. Inhoud en omvang van zorg

In deze voorwaarden hebben wij omschreven voor welke behandelingen u recht hebt op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U hebt recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Toelichting

Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.

Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de passende zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn.”

- 8.4. De artikelen 20 en 2.5 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.6. Artikel 2.1 Bzv luidt:
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel 3:35 BW luidt als volgt:

“Artikel 2.1

(...)

2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. (...)”

“Artikel 35

Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijze mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Mede gelet op hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, is de vraag of een endoscopische dissectomie bij een recidive hernia voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.
Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende

gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.

Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.3. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgeenoten.

Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.

- 9.4. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot een endoscopische discectomie bij een recidive hernia is door het CVZ in zijn advies van 18 mei 2011 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat, voor zover het gaat om een PTED, deze behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en zodoende niet tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering behoort. Voorts heeft het CVZ geconcludeerd dat verzoekster – indien geen sprake is van een PTED – niet behoort tot de categorie patiënten waarvoor een endoscopische discectomie een aanspraak vormt. Deze conclusies neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige zorg, zodat de bespreking van die verzekering verder achterwege kan blijven.

Werking privaatrecht

- 9.6. Met betrekking tot de vraag of in afwijking van het voorgaande een telefonische toezegging is gedaan, inhoudende dat de kosten van een endoscopische discectomie volledig worden vergoed, overweegt de commissie als volgt.

- 9.7. Verzoekster heeft verklaard dat zij op 7 juli 2010 telefonisch contact heeft gehad met een bij naam genoemde medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft bij die gelegenheid geïnformeerd of een recidive herniaoperatie voor vergoeding in aanmerking komt. De medewerker heeft hierop gevraagd naar een verrichtingscode en prestatiecode. Verzoekster heeft geantwoord dat de operatie zal worden uitgevoerd in Kliniek Klein Rosendaal en dat de prestatiecode 08.11.00.2505.0023 is. De bij naam genoemde medewerker heeft gezegd dat een overeenkomst is gesloten met deze zorgverlener; dat verzoekster de behandeling kan laten uitvoeren door Kliniek Klein Rosendaal; dat de behandeling niet aangevraagd hoeft te worden, en dat het hier verzekerde zorg betreft. De ziektekostenverzekeraar heeft niet betwist dat deze toezegging is gedaan. De gebondenheid hieraan wordt daarentegen bestreden met een beroep op artikel 15.11 van de zorgverzekering, dat bepaalt dat toezeggingen alleen bindend zijn nadat ze schriftelijk zijn bevestigd.
- 9.8. De zorgverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de zorgverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de zorgverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de zorgverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.
- 9.9. Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van die regel af te wijken en de zorgverzekeraar aan dergelijke inlichtingen gebonden te achten, maar daartoe zal ten minste vereist zijn, vooreerst dat die inlichtingen niet zo duidelijk in strijd zijn met de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regeltoepassing, dat de betrokken verzekerde redelijkerwijs hun onjuistheid had kunnen en moeten beseffen en voorts, dat zij afgaande op die onjuiste inlichtingen een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan zij schade lijdt.
- 9.10. De commissie is van oordeel dat in dit geval is gebleken van bijzondere omstandigheden op grond waarvan van de hoofdregel moet worden afgeweken waardoor aan het bepaalde in art. 15.11 van de zorgverzekering in het onderhavige geval geen betekenis toekomt, omdat toepassing hiervan in het licht van de bijzondere omstandigheden van dit geval naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Van doorslaggevende betekenis acht de commissie in dit verband de door verzoekster in het telefonische contact genoemde soort operatie, de DBC-code 08.11.00.2505.0023, en de zorgverlener Kliniek Klein Rosendaal. De ziektekostenverzekeraar wist, mede gezien de telefoonnotitie van 7 juli 2010, hierdoor dat verzoekster naar een recidive minimaal invasieve operatie informeerde, en de gedane telefonische toezegging kan dan ook als ondubbelzinnig en ongeclausuleerd worden aangemerkt. Verzoekster heeft aan het telefonische contact zodoende het vertrouwen kunnen ontlenen dat de kosten van de endoscopische discectomie volledig zouden worden vergoed. Dat de toezegging niet schriftelijk is bevestigd, doet aan het voorgaande niet toe of af.

Conclusie

- 9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.12. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
- 10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 6 juli 2011,

Voorzitter